

GR_GERICHTE S 2014 148 vom 29. Juni 2016

GR Gerichte, 2016-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2014_148

FR: GR_GERICHTE S 2014 148 du 29 juin 2016

IT: GR_GERICHTE S 2014 148 del 29 giugno 2016

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Gegen diese Verfügung erhob A._____ Einsprache. Bereits am 6. Januar 2012 hatte sie erneut einen Unfall erlitten, als sie auf Schnee ausrutschte und dabei auf die linke Schulter fiel. Mit Verfügung vom 4. November 2013 nahm die SUVA die Verfügung vom 17. August 2012 zurück und sprach A._____ für die Folgen der Unfälle vom 4. November 2009 und

E. 6

Am 22. Oktober 2014 erhob A._____ (nachfolgend Beschwerdeführerin) Beschwerde gegen diese Verfügung beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit dem Begehren, die Verfügung der IV-Stelle vom 18. September 2014 sei aufzuheben und es sei ihr auch ab dem 1. November 2012 eine ganze, unbefristete IV-Rente zuzusprechen. Sie sei nicht nur wegen den Unfallfolgen sondern auch aufgrund weiterer Beschwerden in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Die rechte Gebrauchshand sei nicht einsatzfähig. Sie leide an Osteoporose, Arthrose

- 4 - und Meniskusschmerzen. Es sei ein polydisziplinäres Gutachten notwendig.

E. 7

In ihrer Vernehmlassung vom 31. Oktober 2014 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) die kostenfällige Abweisung der Beschwerde und verwies zur Begründung auf die angefochtene Verfügung. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die eingereichten Beweismittel wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet die Verfügung der IV-Stelle vom 18. September 2014. Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden ist aufgrund von Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) zur Beurteilung der erhobenen Beschwerde zuständig. Als Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung. Demnach ist sie zur Beschwerdeführung berechtigt (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten. 2. a) In der angefochtenen Verfügung hat die

Beschwerdegegnerin der Be- schwerdeführerin ab dem 1. Juni 2011 befristet bis zum 31. Oktober 2012 eine ganze IV-Rente zugesprochen (1. Teil) und den Anspruch auf eine - 5 - IV-Rente ab dem 1. November 2012 verneint (2. Teil). Der erste Teil die- ser Verfügung wurde von der Beschwerdeführerin explizit nicht angefoch- ten und ist somit in Rechtskraft erwachsen. Angefochten wurde nur die Verneinung des Rentenanspruchs ab dem 1. November 2012. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2012 Anspruch auf eine Invalidenrente der Invalidenversi- cherung hat, bzw. ob die Beschwerdegegnerin die Arbeitsfähigkeit in ei- ner adaptierten Tätigkeit und damit das Invalideneinkommen korrekt fest- gelegt hat. Massgebend für die Beantwortung dieser Frage ist der bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 18. September 2014 eingetretene Sachverhalt (vgl. BGE 129 V 1 E.1.2). b) Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer in rentenbegründendem Um- fang invalid ist. Invalidität ist die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 1 ATSG), welche die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG liegt ein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor, wenn eine Versicherte ihre Er- werbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wie- derherstellen, erhalten oder verbessern kann, während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich eingeschränkt gewesen ist und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (Art. 28 Abs. 1 IVG). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, steht der Versicherten nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Anspruchs, frühestens im Monat der Vollendung des 18. Altersjahrs (Art. 29 Abs. 1 IVG), bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % eine halbe Rente, bei ei- nem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % eine ganze Rente zu (Art. 28

- 6 - Abs. 2 IVG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist bei er- werbstätigen Versicherten der rentenbegründende Invaliditätsgrad auf- grund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen Dazu wird das Er- werbseinkommen, das die Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Einglie- derungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgegliche- ner Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemei- ne Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E.3.4.2, 128 V 29 E.1). c) Grundsätzlich gilt für die verschiedenen Sozialversicherungszweige der- selbe Invaliditätsbegriff (Art. 8 ATSG), und die Bemessung des Invali- ditätsgrades erfolgt nach derselben Methode (Art. 16 ATSG). Bei glei- chem Gesundheitsschaden soll die Invaliditätsbemessung in der Invali- denversicherung, der obligatorischen Unfallversicherung und in der Mi- litärversicherung denselben Invaliditätsgrad ergeben (BGE 133 V 549 E.6.1). Diese Koordination der

Invaliditätsbemessung geht aber nicht so weit, dass seitens der Invalidenversicherung eine absolute Bindung an die Entscheide des Unfallversicherers bestehen würde (BGE 133 V 549 E.6). Die IV-Stelle muss die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig vornehmen (BGE 133 V 549 E.6.1). Dabei muss sie eine allfällige bereits abgeschlossene Invaliditätsfestlegung durch den Unfallversicherer mitberücksichtigen und darf von dieser nur abweichen, wenn triftige Gründe vorliegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2013 vom 3. März

- 7 - 2014 E.6.2). Zu beachten ist allerdings, dass die Voraussetzungen für eine Rente in der Unfallversicherung und in der Invalidenversicherung trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffes verschieden sind. Die Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung berücksichtigt lediglich die unfallkausalen Gesundheitsprobleme, während die Invalidenversicherung alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen berücksichtigt, insbesondere auch krankhafte Vorzustände oder psychische Fehlentwicklungen, für welche der Unfall keine adäquate kausale Ursache darstellt (BGE 133 V 549 E.6.2). d) Um beurteilen zu können, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten einer Versicherten noch eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Dabei besteht die Aufgabe des Arztes darin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und – wenn nötig – seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf eine Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Arzt seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt dem Arzt hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt er zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. er gibt eine Schätzung ab, welche er aus seiner Sicht so substanziiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Versicherten konkret noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E.3.2, 125 V 256 E.4).

- 8 - e) Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a mit Hinweis). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a mit Hinweisen). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die

- 9 - Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5, 125 V 351 E.3a und 3b). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E.3b, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteil des Bundesgerichtes 8C_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). 3. a) Die Beschwerdeführerin beanstandet in erster Linie fehlende Abklärungen der Vorinstanz in Bezug auf ihre Arbeitsfähigkeit. Diese habe primär auf die Akten der Unfallversicherung abgestellt und damit unfallfremde Beschwerden ausser Acht gelassen, weshalb ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt werden müsse. Dies sei erforderlich, da verschiedene Beschwerdebilder vorlägen, welche zum Teil nicht unfallbedingt seien, aber

- 10 - ihren Gesundheitszustand trotzdem erheblich und somit rentenbegründend einschränken würden. Sie könne ihre rechte Gebrauchshand nur sehr ungenügend einsetzen und leide neben den Unfallfolgen an Osteoporose, Arthrose und Meniskusschmerzen. Unter diesen Voraussetzungen sei sie nicht einmal für die einfachsten angepassten Tätigkeiten arbeitsfähig. b) Der Beschwerdeführerin ist dahingehend zuzustimmen, dass die Invalidenversicherung nicht an eine von der Unfallversicherung durchgeführte Invaliditätsschätzung gebunden ist und auch unfallfremde Beeinträchtigungen zu berücksichtigen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_371/2013 vom 28. November 2013 E.4.4). Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die Invalidenversicherung die von der Unfallversicherung eingeholten ärztlichen Berichte und Gutachten als Grundlage für die Beurteilung der eigenen Leistungen verwenden darf (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C_360/2011 vom 13. Februar 2012 E.4.1). Macht sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, so bedeutet dies implizit, dass sie nicht zwingend noch zusätzliche eigene Abklärungen treffen muss. Hiervon kann sie folglich dann absehen, wenn die bereits vorhandenen ärztlichen Unterlagen den oben (vgl. Erwägung 2) beschriebenen Beweisanforderungen entsprechen und damit (auch) im Verfahren der Invalidenversicherung eine abschliessende Beurteilung der streitigen Belange erlauben (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2261/2013 vom 25. September 2015 E.8.1). c) Im vorliegenden Fall führte die SUVA im unangefochten gebliebenen Einspracheentscheid vom 4. Februar 2014 aus, die Beschwerdeführerin sei trotz unfallbedingter Einschränkungen noch in der Lage, eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit bei einem Gewichtslimit bis max. 15 kg auszuüben. Vergleiche man das Invalideneinkommen von Fr. 48'865.-- mit dem für das Jahr 2013 mutmasslichen Valideneinkommen von Fr. 50'105.30

- 11 - resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 1'240.30 und damit ein Invaliditätsgrad von 2.5 %. Die IV-Stelle übernahm diesen Invaliditätsgrad im Vorbescheid vom 22. April 2014 mit der Begründung, es lägen reine Unfallfolgen vor. Nachdem die Beschwerdeführerin dagegen Einwand erhoben hatte, reichte Dr. med. B._____, FMH Innere Medizin, am 5. Mai 2014 einen Bericht über deren aktuelle Situation ein (IV-act. 134). Am 18. September 2014 erliess die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung und hielt an der Begründung ihres Vorbescheids fest. Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber die Ansicht, sie habe einen Anspruch auf eine IV-Rente, da von einer höheren Einschränkung ihrer Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden müsse. Dazu legte sie zwei Arztberichte von Dr. med. C._____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie FMH, vom 18. Juli und 4. September 2014 ins Recht (vgl. beschwerdeführerische Beilagen [Bf-act.] 3 und 4). 4. a) Fraglich ist, wie bereits ausgeführt, ob die Beschwerdeführerin noch an unfallfremden Beschwerden leidet, welche ihre Arbeitsfähigkeit einschränken. Vorliegend befinden sich verschiedene Arztberichte bei den Akten, deren Inhalt im Folgenden – zumindest im Wesentlichen – in chronologischer Reihenfolge kurz wiedergegeben wird. Ebenfalls kurz wiedergegeben werden die Ergebnisse der Haushaltsabklärung. - Am 22. August 2012 fand bei der Versicherten eine Haushaltsabklärung statt. Im dazugehörigen Bericht vom 29. August 2012 wurde insbesondere festgehalten, es sei schwer nachvollziehbar, warum die Versicherte den rechten Arm überhaupt nicht einsetze. Sie habe die Schachtel mit den Medikamenten aus dem Schrank geholt und eine Medikamentenverpackung in die rechte Hand genommen und die Verpackung geöffnet. Dies, ohne sichtbare Einschränkung des Ellbogens und der Finger. Die Versicherte zeige, wie sie die Wäsche mit der linken Hand falte. Die rechte Hand setzte sie dabei als Hilfshand ein. Sie mache geltend, dass sie die Wäsche mehrheitlich mit der linken Hand erledige. Vor Ort sei eine massive Schonhaltung zu beobachten. Die Versicherte halte den Arm konsequent und wie „gelähmt“ auf der rechten Seite. Es sei von Seiten des Abklärungsdienstes nachvollziehbar, dass die Versicherte

- 12 - Schmerzzustände in der rechten Schulter verspüren könnte. Das Ausmass der Einschränkungen sei aufgrund der Angaben der SUVA in dieser Intensität schwer nachvollziehbar. Es stelle sich die Frage, ob eine fehlende Compliance dieses Verhalten noch verstärke. Der Abklärungsdienst empfehle den Abklärungsbericht zu plausibilisieren. Die Versicherte würde ohne gesundheitliche Einschränkung heute – ab August 2012 – die ganze Woche und den ganzen Tag arbeiten, da die Kinder tagsüber ausser Haus seien sowie aus finanziellen Gründen. - Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Ostschweiz, stellte in seinem Bericht vom 18. Februar 2013 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und führte aus, dass im Vordergrund der Symptomatik Aggravation, wenn nicht Simulation stehe. Die Versicherte gebe vor, an Einschränkungen zu leiden, die offensichtlich nicht bestünden. So postuliere sie einen steifen Hals, beweise aber, dass Kopfdrehungen möglich seien. Sie behaupte eine stark eingeschränkte Funktionsfähigkeit des rechten Armes, nutze ihn aber wiederholt für Bewegungen, die ihr angeblich gar nicht möglich seien. Angesichts der Feststellung in der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung über fehlende Hinweise auf Versteifung und Muskelatrophie und angesichts des Berichts der Anästhesiologie vom 14. Dezember 2012 mit Feststellung einer geringen Einschränkung des alltäglichen Lebens durch die Schmerzen, müsse davon ausgegangen werden, dass die Versicherte in ihrem Alltag den rechten Arm durchaus nutze. Auch die Beobachtungen anlässlich des Abklärungsberichts Haushalt würden diese Beurteilung unterstützen (IV-act. 89 S. 7). - Mit Schreiben vom 23. August 2013 wandte sich Dr. med. E._____, Arzt für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen FMH, Manuelle Medizin SAMM, Homöopathie (SAHP), an Dr. med. B._____, FMH Innere Medizin. Er habe die Beschwerdeführerin seit Oktober 2009 bis heute bei Bedarf als Hausarzt betreut und dieselbe wünsche in Zukunft von Dr. med. B._____ betreut zu werden. Die Beschwerdeführerin spreche auf keine Therapien an. Sie sei überzeugt davon, nie mehr arbeiten zu können. Zusehends bestünden auch finanzielle Probleme, sodass sie und ihre Familie wahrscheinlich auf eine Berentung hoffen würden (IV-act. 113 S. 3). - Am 20. August 2013 wurde die Beschwerdeführerin in der Universitätsklinik Balgrist untersucht. Mit Bericht vom 27. August 2013 wurde folgende Diagnose gestellt: Schulterschmerzen rechts, DD: Zervikobrachialgien (IV-act. 113 S. 5).

- 13 - - Im Bericht der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung durch Dr. med. F._____, Facharzt für Chirurgie FMH, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, vom 12. September 2013 wurde ausgeführt, die Symptomatik am rechten Arm und der rechten Schulter sei eingehend abgeklärt worden. In allen spezialärztlichen Untersuchungen hätten sich keine pathologischen Befunde gefunden, welche die Symptomatik der Beschwerdeführerin auch nur annähernd hätten erklären können. Stark auffällig sei weiterhin, dass trotz dieser seit Monaten bestehenden Paralyse am rechten Arm gegenüber links keine Muskelatrophie aufgetreten sei. Obwohl klinisch nicht prüfbar, hätten sich doch keine Anhaltspunkte für eine Einsteifung dieser rechten Schulter ergeben. Eine Aggravation respektive eine Simulation seien demzufolge nicht auszuschliessen. Die Symptomatik an der HWS sei als unfallfremd einzustufen. Hierbei handle es sich lediglich um ausgedehnte degenerative Veränderungen (IV-act. 117 S. 10 f.). - Im Ergänzungsbericht des RAD Ostschweiz vom 19. März 2014 wurde festgehalten, dass bezüglich unfallunabhängiger Gesundheitsschäden im Bereich der HWS zwar eine Schmerzproblematik infolge der erheblichen degenerativen Veränderungen nachvollziehbar sei, jedoch in den Abklärungen keine eindeutige radikuläre Symptomatik habe nachgewiesen werden können. Auch habe keine schwerwiegende Funktions Einschränkung bestanden, die eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit begründen würde (IV-act. 147 S. 19). - Mit Schreiben vom 5. Mai 2014 teilte Dr. med. B._____ der IV-Stelle mit, er bitte darum, die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nochmals zu überprüfen, da seiner Meinung nach eine invalidisierende relevante Arbeitseinschränkung (d.h. mindestens eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit) vorliege; dies nicht nur wegen den Schulterbeschwerden, bei denen eine massive Symptomausweitung vorhanden sei, sondern auch wegen zusätzlichen

anderen Beschwerden (Knie und Rücken; IV-act. 134). - Dr. med. C._____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie FMH, stellte in seinem Arztbericht vom 18. Juli folgende Diagnose: - Knie rechts: Mediale Meniskusläsion, Aus-senmeniskusläsion mit Meniskusvorderhornanglion, Retropatellararthrose Grad IV; - St. n. Kniedistorsion links mit Verdacht auf mediale Meniskusläsion (DD aktivierte Retropatellararthrose). Am 4. September 2014 berichtete Dr. med. C._____ über die Nachkontrolle der Versicherten. Bezüglich des rechten Knies blieb seine Diagnose unverändert. Bezüglich des linken Knies stellte er neu folgende Diagnose: Zustand nach Kniedistorsion mit medialer Meniskusläsion, Retropatellararthrose (vgl. Bf-act. 3 und 4).

- 14 - b) Bezüglich der rechten Schulter bzw. des rechten Arms der Beschwerdeführerin sind gemäss den aufgeführten medizinischen Unterlagen von verschiedenen Ärzten deutliche Zeichen für eine Aggravation bzw. eine Simulation festgestellt worden. Augenfällig ist dabei insbesondere die fehlende Versteifung sowie die fehlende Muskelrückbildung, obwohl die Beschwerdeführerin geltend macht, den Arm und die Schulter kaum bewegen zu können (vgl. insbesondere die RAD-Untersuchung, die kreisärztliche Untersuchung, sowie die Beobachtungen anlässlich der Haushaltsabklärung). Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B._____, schätzte deren Arbeitsunfähigkeit bei mindestens 40 % ein. Dies auch wegen unfallfremden Beschwerden (rheumatische Beschwerden in Knie und Rücken). Er blieb aber völlig unbestimmt, stellte keine Diagnose und begründet diese Einschränkung von 40 % nicht. Es handelt sich dabei um einen knappen Arztbericht, dessen Beweiskraft eingeschränkt ist. Mit Arztberichten vom 18. Juli und 4. September 2014 diagnostizierte Dr. med. C._____ bei der Beschwerdeführerin Kniebeschwerden (Meniskusläsionen). Aussagen zu ihrer Arbeitsfähigkeit machte er nicht. Auch diese Arztberichte blieben unbestimmt und äusserten sich in keiner Weise zu einer allfälligen Auswirkung der diagnostizierten Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die eben genannten Berichte vermögen demnach die Einschätzung der Beschwerdegegnerin nicht in Zweifel zu ziehen. Bezüglich der HWS-Beschwerden wurden degenerative Veränderungen konstatiert, aber keine relevanten Einschränkungen (vgl. RAD-Beurteilung). Es ist damit davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit einem Gewichtslimit bis max. 15 kg) 100 % beträgt. Somit erübrigt sich die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens und der diesbezügliche Antrag ist abzuweisen.

- 15 - 5. Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf die Berechnungen der SUVA und die Abklärungen einen Einkommensvergleich vorgenommen und ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leistungsadaptierten Tätigkeit von 100 %, einem Invalideneinkommen für das Vergleichsjahr 2013 von Fr. 48'865.-- und einem Valideneinkommen von Fr. 50'105.-- einen Invaliditätsgrad von 2.47 % ermittelt. Da sich auch aus den Akten keine Hinweise ergeben, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre und die Beschwerdeführerin den Einkommensvergleich auch nicht bestreitet, erübrigt sich eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesem. Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 18. September 2014 nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb insgesamt abzuweisen. 6. Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht

kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs dieses Verfahrens sind die Gerichtskosten von Fr. 700.-- der unterliegenden Beschwerdeführerin zu überbinden (Art. 73 Abs. 1 VRG). Demnach erkennt das Gericht:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.